NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr DOLBEAU

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie),
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de la Société impériale de chirurgie,
Lauréat de l'Institut, de l'Académie impériale de médecine et de la Faculté, etc.

OCTOBRE 1868

PARIS
IMPRIMERIE DE E. MARTINET
RUE MIGNON, 2
1868

TITRES SCIENTIFIQUES

Le docteur Dolbeau a obtenu successivement et par le concours les titres ci-dessous énoncés :

Premier externe. Concours de 1850.

Interne en médecine et en chirurgie. Concours de 1851.

Lauréat des hôpitaux. Concours de 1855.

Aide d'anatomie à la Faculté. Concours de 1854.

Prosecteur de la Faculté. Concours de 1857.

Chirurgien des hôpitaux. Concours de 1858.

Agrégé de la Faculté (section de chirurgie). Concours de 1860.

SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

Pendant six années que le docteur Dolbeau a été attaché à l'École pratique, soit comme aide, soit comme prosecteur, il a constamment dirigé les élèves dans l'étude de l'anatomie et de la médecine opératoire ; de plus, il a fait des cours publics dans les amphithéâtres de l'École pratique, savoir :

Cours sur l'anatomie et la physiologie des organes des sens, 1855.

Cours sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, 1856.

Cours sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux urinaires, 1857.

Cours de médecine opératoire (opérations usuelles, opérations spéciales aux maladies de l'abdomen et du bassin), 1858.

Cours de pathologie externe, 1859.

Cours complet de chirurgie pendant les années 1861, 1862, 1863, 1864, 1865.

Pendant l'année scolaire 1865-1866, le docteur Dolbeau a été chargé de remplacer M. le professeur Jobert (de Lamballe) dans l'enseignement officiel de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I

Recherches sur les vaisseaux du bassin.

(Concours du prosectorat, 1855.)

Cette étude d'anatomie a permis à l'au'eur de constater de nombreuses variétés dans l'origine et la distribution des artères du bassin. Un point nouveau ressort de ses recherches, c'est que les artères hémorrhoïdales moyennes, au lieu de se distribuer aux parois du rectum, ainsi que le disent la plupart des traités d'anatomie, se ramifient principalement dans la prostate chez l'homme et dans la paroi postérieure du vagin chez la femme.

II

Recherches anatomiques sur les vaisseaux du globe de l'œil.

(Concours du prosectorat, 1856.)

Plus de deux cents pièces relatives à la structure vasculaire de l'œil ont été le résultat de ce concours. L'auteur a présenté un grand nombre

de membranes de l'œil sur lesquelles tous les vaisseaux, artères et veines, sont totalement remplis par l'injection; c'est là une difficulté vaincue, car la plupart des descriptions classiques ont été faites sur des lambeaux de membranes injectées comme par hasard.

De nombreuses préparations déposées dans le musée de la Faculté ont permis à l'auteur de démontrer : 1° que les veines de l'iris peuvent être injectées, quoique difficilement, sur le cadavre; 2° que la plus grande partie de ces vaisseaux se jettent dans le canal de Fontana pour aboutir définitivement dans les veines ciliaires antérieures; 3° que contrairement à l'opinion d'anatomistes compétents, un certain nombre de veines iriennes, un quart peut-être, se rendent dans le système des vasa vorticosa; 4° que le canal de Fontana se compose le plus souvent d'une série de veines circulaires comprises dans l'épaisseur de la sclérotique à l'union de cette membrane avec la cornée; 5° que la présence de ce cercle vasculaire n'est pas sans importance eu égard à la nutrition de la cornée, et que dans les ophthalmies internes, une perte de substance pratiquée à l'union de la cornée, de la sclérotique et de la grande circonférence de l'iris, permettrait d'effectuer une déplétion sanguine de tout le globe de l'œil.

Les mêmes injections établissent que les artères de la choroïde sont d'autant plus nombreuses, qu'on se rapproche de l'entrée du nerf optique dans l'œil. Vers la partie antérieure de la choroïde, les artères font presque complétement défaut; c'est, par contre, à ce niveau que se rencontre cet amas considérable de veines qui constitue les procès ciliaires choroïdiens. Cette disposition des vaisseaux a beaucoup d'importance en pathologie oculaire, elle a été signalée aux membres du jury, et elle fut particulièrement appréciée par le professeur Nélaton.

III

Sur la structure des organes érectiles de la femme.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1855.)

L'auteur, après avoir démontré, sur des pièces fraîches très-finement injectées, quelle est la disposition vasculaire des différents tissus qui entrent dans la composition de l'appareil érectile de la femme, discute la question de l'existence du gland du clitoris. Il fait voir qu'il n'existe point de renflement vasculaire qu'on puisse assimiler au gland de l'homme, et, après avoir établi un parallèle entre l'appareil des deux sexes, il conclut que l'analogue du gland de l'homme chez la femme c'est la membrane muqueuse qui revêt l'extrémité antérieure du clitoris.

IV

De l'embouchure anormale des conduits éjaculateurs.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1859, et *Mémoire sur la structure de l'urèthre*, par Jarjavay.)

Morgagni avait déjà dit que les conduits éjaculateurs peuvent s'ouvrir dans l'intérieur de l'utricule prostatique. Sur deux pièces fraîches l'auteur a pu démontrer l'existence de cette disposition anatomique, qui est néanmoins exceptionnelle.

V

Description d'un muscle accessoire de la partie antérieure de l'avant-bras.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1861.)

VI

De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né.

(*Bull. Soc. chirur.*, 1863, et *Thèse du docteur Bourcart.*)

L'auteur conclut d'un nombre considérable d'autopsies : 1° que la situation de l'S iliaque n'est point constante chez le nouveau-né et qu'elle offre trois principales variétés ; 2° que, ainsi que l'a avancé M. Huguier, cette portion du gros intestin se porte souvent transversalement de gauche à droite ; 3° que l'existence de l'S iliaque dans la fosse iliaque droite ne peut être considérée comme une disposition constante, puisque cette variété de position ne répond pas à la moitié des cas. L'auteur tire de ses recherches des conclusions applicables à la médecine opératoire.

VII

De l'ossification des os du tarse comme cause de pied-bot.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1860.)

L'auteur, considérant que l'ossification des différents os du tarse ne se fait point simultanément, et surtout qu'elle est indéterminée comme époque, émet l'opinion que certains pieds-bots pourraient bien avoir pour origine un vice dans l'ossification des os du tarse.

VIII

Anatomie chirurgicale du périnée et de la région hypogastrique.

(*Traité de la pierre dans la vessie*, p. 217 et suiv.)

L'auteur a, dans un chapitre spécial, étudié l'anatomie des régions

périnéales et hypogastriques dans ses rapports avec les opérations qui se pratiquent sur la vessie.

Nous mentionnerons les recherches sur la situation exacte du bulbe de l'urèthre. L'auteur a donné une description toute chirurgicale du col de la vessie, il a insisté sur la situation des replis du péritoine soit au périnée soit à l'hypogastre.

Comme conséquence des rapports anatomiques, l'auteur conclut qu'on peut ouvrir le col de la vessie au moyen de l'incision médiane et sans intéresser le bulbe de l'urèthre. Des expériences sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant et suivies d'autopsies, confirment du reste cette proposition importante.

On trouve encore dans ce chapitre la relation d'expériences multipliées qui se rattachent au degré de dilatabilité du col de la vessie.

IX

Des sphincters du col de la vessie.

(Avec M. Sappey, *Soc. chirur.*, 1862.)

L'auteur a démontré, et cela sur des pièces fraîches soumises à l'examen des membres de la Société de chirurgie, qu'il existe au col de la vessie un muscle circulaire. Ce muscle est composé de fibres lisses, indépendantes, qui entourent l'orifice interne ou vésical de l'urèthre. Les *Bulletins de la Société de chirurgie* renferment du reste une description exacte de ce muscle tant contesté.

X

Vices de conformation des organes génitaux.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1862.)

L'auteur fait voir, sur une pièce fraîche complétement injectée, qu'il existe une anomalie de l'appareil spermatique consistant dans

une séparation à grande distance du testicule et de l'épididyme. Sur cette pièce, le testicule était resté dans le ventre, tandis que l'épididyme occupait le fond du scrotum ; ces deux organes étaient réunis par un long canal. Dans ce cas, on aurait pu croire à une anorchidie, si l'injection des voies spermatiques n'avait démontré que l'épididyme donnait naissance à un long conduit qui rejoignait le testicule jusque dans le ventre.

XI

Dilatations fusiformes des voies spermatiques.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1857, et *Gaz. heb.*, 1862.)

L'auteur montre sur une série de pièces fraîches et injectées que les vaisseaux qui émergent du testicule pour se rendre dans la tête de l'épididyme, peuvent être le siége de dilatations fusiformes, puis d'oblitérations, et finalement donner naissance à des kystes spermatiques.

XII

Sur la torsion congénitale du pénis.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1859.)

A l'occasion d'un rapport, l'auteur conclut, d'après plusieurs observations, que le pénis peut présenter une torsion complète sur son axe ; que ce vice de forme est congénital ; que cette anomalie coïncide le plus souvent avec d'autres vices de conformation, mais que par elle-même elle n'entraîne aucun trouble fonctionnel notable.

XIII

Arrêts de développement du membre supérieur.

(Debout, *Mém. Soc. chirurg.*, 1863 et 1865.)

L'auteur a fourni, pour le mémoire de M. Debout, plusieurs observations avec des pièces laborieusement disséquées. Ces pièces sont du reste reproduites par le dessin.

XIV

Sur une variété non décrite de spina-bifida.

(Thèse du docteur Morillon, 1865.)

Parmi les maladies congénitales se range le spina-bifida. Plusieurs cas de cet arrêt de développement, observés à l'hôpital des Enfants-Assistés, ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes : outre le spina-bifida classique qui consiste dans une fissure osseuse du rachis avec intégrité de la peau et des membranes de la moelle, il existe deux autres variétés d'arrêt de développement. 1° le spina-bifida consistant en une double fissure des os et de la peau ; les méninges restant intactes et formant une tumeur remplie par du liquide; 2° le spina-bifida total, c'est-à-dire une lésion dans laquelle la peau, les membranes et les os sont simultanément frappés d'arrêt de développement ; il en résulte une solution de continuité très-large, de forme symétrique, au milieu de laquelle se trouve exposée la moelle épinière.

Toutes ces idées sont reproduites dans la thèse du docteur Morillon ; ce travail renferme des observations et des dessins qui nous appartiennent.

XV

Observation d'une tumeur fibro-dermique congénitale développée sur le scrotum.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1865.)

XVI

Description et étude anatomique d'un staphylome sphérique, transparent, congénital, portant sur les deux cornées.

(Avec M. Depaul, *Bull. Soc. chirurg.*, 1865.)

XVII

Tumeur lacrymale congénitale.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1864.)

L'auteur a démontré, sur deux pièces, qu'il existe une affection congénitale, consistant dans l'imperforation du canal nasal au niveau de son embouchure dans les fosses nasales.

Cette imperforation a pour résultat la rétention des liquides et la dilatation des voies lacrymales. Finalement, il se produit une tumeur lacrymale située au grand angle de l'œil; cette tumeur communique avec une autre tumeur existant dans le méat inférieur.

La maladie peut donc se résumer en deux dilatations ampullaires, l'une intérieure, l'autre extérieure, réunies par le canal nasal.

XVIII

Encéphalocèle de la racine du nez.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1863.)

L'auteur, en présentant l'observation d'un malade de son service, a cru devoir attirer l'attention de la Société de chirurgie sur diverses particularités qu'on pouvait observer sur la pièce anatomique; il a insisté sur les difficultés de diagnostic qu'entraînaient nécessairement plusieurs dispositions anomales de la tumeur.

XIX

Sur les tumeurs graisseuses de la paroi abdominale antérieure.

(*Bull. Soc. anat.*, 1857.)

L'auteur fait voir, sur une collection de pièces anatomiques, que le développement de la graisse dans le fascia sous-péritonéal, peut avoir des conséquences variables : 1° le développement du tissu adipeux peut englober un sac herniaire dans lequel l'intestin ne pénètre plus, et, finalement, oblitérer le diverticulum péritonéal; 2° un peloton graisseux sous-péritonéal peut s'engager au travers d'une boutonnière de la paroi fibreuse, entraîner avec lui le péritoine et préparer ainsi un véritable sac herniaire dans lequel s'engagera bientôt un intestin.

XX

Kyste de la mâchoire supérieure.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1858.)

A l'occasion d'un rapport, l'auteur développe l'idée que certains

kystes de la mâchoire supérieure peuvent prendre naissance dans un ou plusieurs sacs dentaires supplémentaires qui n'ont pas suivi leur évolution normale.

XXI

Sur les kystes hydatiques du foie.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1857.)

Sur diverses pièces préparées et injectées, l'auteur a pu démontrer que les kystes hydatiques du foie sont environnés d'un double réseau vasculaire sanguin et hépatique ; que ces différents vaisseaux peuvent s'ouvrir dans l'intérieur des kystes et en remplir la cavité. Sur les pièces présentées, on observe, en effet, des tumeurs remplies de bile et d'autres renfermant des caillots sanguins.

Sur l'un de ces kystes, on observe plusieurs perforations des voies biliaires; l'auteur conclut de ses recherches que les hydatides, au moins dans la majorité des cas, ne se développent point à l'intérieur d'un canalicule biliaire.

XXII

Observation d'une fracture intra-capsulaire du fémur consolidée au moyen d'un cal osseux.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1853.)

XXIII

Observation d'un enchondrome de l'anus. — Observation d'un enchondrome du bassin. — Observation d'un enchondrome du tibia.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1859 et 1860)

XXIV

Étude sur l'ossification des enchondromes.

(*Bull. Soc. anat.*, 1862.)

L'auteur conclut d'après l'analyse de toutes les observations connues, ainsi que de l'examen de plusieurs pièces recueillies par lui, que les tumeurs cartilagineuses sont susceptibles d'une sorte de calcification, mais que l'ossification de ces tumeurs est loin d'être démontrée.

XXV

Sur une observation de tumeur parotidienne.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1860.)

A l'occasion d'un rapport sur une tumeur parotidienne, l'auteur discute la question du siége anatomique des tumeurs de cette région.

Il conclut à la nécessité d'une classification dont la principale conséquence est relative à la médecine opératoire.

XXVI

Sur un cysticerque vivant de la région du sourcil.

(*Bull. Soc. anatom.*, 1861).

L'auteur expose l'histoire d'une tumeur de la région frontale opérée par lui, et dans l'intérieur de laquelle il a rencontré une vésicule ayant tous les caractères assignés au cysticerque.

Cette manière de voir a, du reste, été confirmée par M. Robin.

XXVII

Étude sur la dilatation kystique des conduits de l'épididyme, des conduits des glandes sub-linguales et des conduits galactophores.

(*Gaz. heb.*, 1862.)

L'auteur développe, dans ce mémoire, cette idée que les kystes spermatiques, que la grenouillette, que les kystes de la mamelle ont pour siége anatomique une dilatation des conduits excréteurs. Il fait voir que sur ces divers conduits, à côté de kystes plus ou moins volumineux, il existe des dilatations fusiformes encore injectables, et qui ne sont que le premier degré de dilatations plus avancées.

XXVIII

Sur les membranes incrustées expulsées par la plaie à la suite des opérations de taille.

(*Traité de la pierre dans la vessie.*)

Ayant observé plusieurs fois ce singulier phénomène, l'auteur en a donné la relation détaillée. Il arrive à cette conclusion : qu'à la suite des opérations de la taille il peut se former de véritables fausses membranes, lesquelles s'incrustent de sels calcaires et sortent définitivement par la plaie. Dans quelques cas exceptionnels, on peut assister à l'expulsion de fragments considérables de la membrane muqueuse de la vessie; il se passe alors un phénomène en tout comparable à l'expulsion de la muqueuse intestinale dans le cours de certaines dysenteries.

XXIX

Observation et anatomie pathologique d'une hématocèle de la tunique vaginale.

(*Bull. Soc. anat.*, 1859.)

XXX

Sur une nouvelle théorie de l'hématocèle rétro-utérine.

(*Gaz. hôpit.*, 1860.)

A l'occasion d'un compte rendu du livre du docteur Voisin, l'auteur exprime la pensée que le mode de production des hématocèles péri-utérines n'est point toujours le même. Indépendamment des hémorrhagies péritonéales provenant de l'ovaire et de la trompe, il existerait des tumeurs sanguines rétro-utérines consécutives à des pelvi-péritonites pseudo-membraneuses hémorrhagiques.

L'auteur fait remarquer que dans les quelques autopsies qui ont été faites, on a constaté l'existence d'une fausse membrane vasculaire à la périphérie du foyer. Il conclut, de cette disposition anatomique, que l'hématocèle péri-utérine pourrait bien être parfois une simple pelvi-péritonite pseudo-membraneuse avec hémorrhagie ; en un mot, l'hématocèle péri-utérine ne serait pas sans analogie avec l'hématocèle de la tunique vaginale.

Depuis la publication de ce travail, Virchow a développé une théorie de l'hématocèle utérine, théorie qui n'est que la répétition des idées émises antérieurement par M. Dolbeau ; il admet aussi la pelvi-péritonite hémorrhagique.

CHAPITRE II

CHIRURGIE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

I

Mémoires sur les grands kystes de la surface convexe du foie.

(Thèse de doctorat, 1856.)

Parmi les grands kystes du foie, c'est-à-dire ceux qui ressortissent de la chirurgie, il en est une espèce qu'il faut étudier à part, à cause des difficultés que présente le diagnostic. Tel est l'objet principal de ce travail.

L'auteur démontre que les kystes de la surface convexe du foie se développent du côté de la cage thoracique, et qu'en même temps ils produisent une déformation caractéristique de la région épigastrique. Le diagnostic ressort de cette même déformation et aussi des signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

L'étude anatomique des kystes du foie a fourni à l'auteur l'occasion de démontrer, un des premiers, la communication directe qui existe entre certains de ces kystes et les canaux biliaires. Il a expliqué ainsi la guérison spontanée de quelques kystes, par l'irruption de la bile à leur intérieur, circonstance qui a conduit l'auteur à proposer l'injection de bile dans le traitement des kystes hydatiques du foie. Plusieurs pièces présentées depuis à la Société anatomique sont confirmatives des opinions

de l'auteur. (Voy. *Bull.* 1858; voy. aussi *Bull. Soc. chirurg.* 1864, et *Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu*, 1866.)

II

Mémoires sur une variété de tumeur sanguine, ou grenouillette sanguine (in-8°, 1857).

Dans ce travail, l'auteur attire l'attention des cliniciens sur l'existence de tumeurs sanguines qui occupent le siége de la grenouillette salivaire, et qui peuvent être confondues avec cette dernière maladie. L'erreur de diagnostic ayant coûté la vie à plus d'un malade, l'auteur insiste sur la nature de ces poches sanguines et sur les moyens de les reconnaître.

Depuis cette publication, le docteur O. Foucher a fait, sous la direction de son frère, notre collègue E. Foucher, une bonne thèse qui renferme un grand nombre d'observations; dans ce travail, on insiste sur l'importance des tumeurs vasculaires du plancher de la bouche.

On trouve encore, dans la thèse du docteur Landetta, une série d'observations rares sur les tumeurs sub-linguales, observations qui sont tirées de la pratique hospitalière de M. Dolbeau.

III

Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses de la parotide (1).

(*Gazette hebdomadaire*, 1858.)

L'examen des observations anciennes démontre que sous le nom de cancers de la parotide, la plupart des chirurgiens avaient confondu plu-

(1) Ce mémoire, ainsi que les suivants, font partie intégrante d'un travail complet ayant pour titre : *De l'enchondrome, ou traité pratique des tumeurs cartilagineuses considérées surtout au point de vue chirurgical.*

sieurs espèces de productions pathologiques, dont les unes étaient réellement des tumeurs de mauvaise nature, tandis que les autres, dont la marche et l'évolution sont essentiellement chroniques, devraient être rangées parmi les tumeurs dites bénignes. Ce point établi , l'auteur s'est efforcé de donner la description d'une maladie fréquente qu'il désigne sous le nom de tumeur fibro-cartilagineuse de la parotide. Les symptômes, le diagnostic et le traitement sont basés sur un bon nombre d'observations inédites.

IV

Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des doigts et des métacarpiens.

(*Archives générales de médecine*, 1858.)

L'auteur a réuni dans ce mémoire toutes les observations connues de productions cartilagineuses, ayant envahi les doigts et les métacarpiens; il a pu faire ainsi l'étude complète, au point de vue clinique, des enchondromes de la main.

A propos du diagnostic, l'auteur insiste sur l'existence d'un signe qui n'a pas toute la valeur que lui ont attribuée les auteurs classiques : Certains enchondromes, et ceux des doigts en particulier, peuvent être facilement traversés par les rayons lumineux émergeant d'une bougie, ils sont transparents. Ces tumeurs, quoique solides, participent donc à un symptôme qu'on considère à tort comme pathognomonique des collections liquides.

La thérapeutique des tumeurs cartilagineuses varie suivant le siége occupé par la production morbide; l'auteur conclut qu'il faut enlever les enchondromes sous-périostiques aussitôt qu'on a constaté l'accroissement régulier de la tumeur. Les enchondromes proprement dits, exigeant le sacrifice du doigt, ne doivent être traités que lorsqu'il y a des indications spéciales.

V

Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des mâchoires.

(*Moniteur des hôpitaux*, 1859.)

Ce travail a pour but de faire l'histoire des enchondromes maxillaires. A l'occasion du traitement chirurgical, l'auteur recommande d'énucléer autant que possible les tumeurs cartilagineuses ; il insiste sur les inconvénients que présentent les résections partielles de la mâchoire inférieure, eu égard à l'importante fonction de la mastication. Lorsqu'on excise une portion de la branche horizontale de la mâchoire, les deux parties restantes se réunissent par un tissu fibreux qui tend sans cesse à les rapprocher. Les dents inférieures se dévient et bientôt elles cessent de correspondre à celles d'en haut.

L'enchondrome étant une production bénigne, l'auteur conseille de l'exciser, de le détruire sur place, en un mot de conserver autant que possible l'arc maxillaire ; mais en même temps, il propose un appareil prothétique ayant pour but de prévenir la déviation consécutive à la résection lorsque cette dernière opération est devenue indispensable. (Voy. aussi les *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1862.)

VI

Mémoires sur les tumeurs cartilagineuses ou enchondromes du bassin.

(Journal *le Progrès*, 1860.)

Les productions cartilagineuses du bassin présentent une grande analogie avec celles des autres régions, cependant il est un point sur lequel l'auteur a cru devoir insister, c'est la gravité de ces tumeurs qui malgré leur structure se comportent souvent à la façon du cancer.

On trouve dans ce mémoire : 1° Une étude des tumeurs suivant que

celles-ci occupent l'excavation pelvienne ou bien le contour extérieur du pelvis; 2° Une étude des tumeurs dans leurs rapports avec l'accouchement. L'auteur insiste sur les indications opératoires.

VII

Mémoire sur les tumeurs cartilagineuses des glandes sébacées et sudoripares.

(*Gaz. des hôpitaux*, 1861.)

VIII

De l'emphysème traumatique.

(Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie, 1860.)

Ce travail comprend un exposé dogmatique de la question. L'emphysème est étudié au point de vue de sa pathogénie et de sa valeur séméiologique dans les différentes affections traumatiques.

Une question importante et controversée se rattache à la production de l'emphysème dans les lésions traumatiques du thorax. Le gaz vient du poumon, mais pour gagner la paroi costale s'épanche-t-il d'abord dans la cavité de la plèvre ou bien passe-t-il directement du poumon sous la peau, grâce à l'existence d'une adhésion entre les deux feuillets de la plèvre au niveau même de la blessure; en un mot, l'emphysème est-il oui ou non précédé d'un pneumothorax ?

Pour juger définitivement la question, l'auteur a examiné les faits cliniques, puis il a fait appel à l'expérimentation sur les animaux. L'auteur est arrivé à formuler les conclusions suivantes : la production de l'emphysème n'exige pas l'adhérence préalable entre les deux feuillets de la plèvre; l'air peut passer brusquement du poumon dans l'épaisseur de la paroi thoracique, l'emphysème peut encore être précédé d'un pneumothorax; mais si les adhérences pleurales ne sont

point indispensables, elles doivent favoriser l'infiltration gazeuse et devenir la principale cause des grands emphysèmes généralisés, au même titre que les fractures de côtes avec pénétration permanente d'un fragment dans le poumon.

IX

De l'épispadias ou fissure uréthrale supérieure et de son traitement.

(In-4°. 1861.)

C'est le premier travail sur une question difficile qui se rattache à la fois à la chirurgie et à la tératologie.

On avait toujours admis que l'épispadias se rattachait à un vice de conformation consistant lui-même dans l'écartement des corps caverneux. C'était à la non-réunion, sur la ligne médiane, de ces organes qu'on supposait due la fissure uréthrale. La dissection de deux pièces anatomiques, l'examen de plusieurs malades n'ont laissé aucun doute sur ce point important. L'épispadias est compatible avec la réunion complète des corps caverneux et de la symphyse pubienne.

L'auteur démontre que le vice de conformation consiste : 1° dans une inversion de l'urèthre qui occupe la face supérieure de la verge ; 2° dans l'absence de réunion des deux moitiés qui composent le canal. L'écartement des corps caverneux, l'absence de la symphyse pubienne ne sont que des complications de l'épispadias.

On trouve dans le Mémoire la description des différentes variétés d'épispadias ; elles sont toutes représentées sur des dessins faits d'après nature.

La question de l'incontinence d'urine et le traitement de la fissure sont l'objet d'une description longue et presque entièrement nouvelle.

Ce Mémoire est le premier travail complet sur l'épispadias ; avant cette publication, il n'existait dans la science que des observations éparses et des théories plus ou moins erronées sur ce vice de conforma-

tion. L'Académie des sciences et l'Académie de médecine ont honoré ce travail d'une récompense (1862).

X

Résection de la mâchoire inférieure.

(*Soc. chirurg.*, 1862.)

L'auteur s'élève autant que possible contre la résection partielle de la mâchoire inférieure toutes les fois qu'il s'agit de tumeurs bénignes. Dans ce cas, l'énucléation de la production accidentelle permet de guérir radicalement les malades, mais le principal argument en faveur de cette opinion est le suivant : à la suite des résections partielles de la mâchoire inférieure, il y a déviation consécutive des deux fragments. Il résulte de cette déviation un défaut de correspondance entre les dents de la mâchoire inférieure et celles de la mâchoire supérieure ; la mastication devient très-difficile.

L'auteur rappelle qu'il a déjà fixé l'attention des chirurgiens sur ce sujet dans son Mémoire sur l'enchondrome de la mâchoire. L'auteur cite plusieurs faits de tumeurs à myéloplaxes, dans lesquels l'excision, suivie de la cautérisation, a procuré une guérison définitive ; dans tous les cas, l'arc maxillaire a pu être conservé.

XI

Résection de la hanche.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1862 et 1865.)

XII

Résection de l'épaule.

(Voy. *Clinique chirurg.*, 1866.)

XIII

Arrachement de l'artère humérale, désarticulation de l'épaule.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1862.)

L'auteur donne la relation d'un fait anormal, dans lequel une distension du bras, sans plaie ni luxation, a pu produire une déchirure de l'artère humérale et finalement une gangrène de tout le membre ayant nécessité la désarticulation de l'épaule.

XIV

De l'imperforation de l'anus et du rectum chez les nouveau-nés.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1863, et *Thèse du docteur Bourcart.*)

Après avoir démontré que la situation de l'S iliaque, chez les nouveau-nés, est loin d'être constante, que souvent l'intestin se dirige transversalement, l'auteur a institué une série d'expériences d'où il ressort que, quelle que soit la situation de l'S iliaque, on arrive toujours à ouvrir cet intestin, en faisant une incision dans la fosse iliaque gauche, et que par conséquent il n'y a pas lieu de modifier l'opération de Littre, au moins quant au lieu d'élection.

XV

Ligature de la carotide externe.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1863.)

Dans un rapport relatif à un Mémoire présenté par M. Guyon, l'au-

teur, après avoir rendu hommage à l'importance du travail, conteste la valeur clinique des rapports qui existent entre la carotide externe et le nerf grand hypoglosse. Il conclut que la ligature de la carotide externe doit être faite, ainsi que le disent les auteurs, en prenant pour guide la bifurcation de la carotide primitive.

L'année suivante, l'auteur, en rendant compte d'une opération pratiquée par lui, a pu confirmer les opinions qui viennent d'être énoncées. Le fait par lui-même est des plus curieux, en ce sens qu'il s'agit d'une perforation spontanée de l'artère linguale, perforation qui a été suivie d'une hémorrhagie qui elle-même a nécessité la ligature de la carotide externe. (Voy. *Bull. Soc. chir.*, 1864.)

XVI

Ligature de l'artère et de la veine fémorale.

(Voy. *Moniteur des hôpit.*, 1861.)

XVII

De l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

(Voy. *Bull. Soc. chirurg.*, 1863 et 1865.)

Dans un travail basé sur trente-sept observations originales, l'auteur pense avoir démontré que l'uréthrotomie est une ressource précieuse, mais qu'il faut réserver cette opération pour des cas exceptionnels et ne point en faire une méthode générale de traitement de tous les rétrécissements de l'urèthre. Ce travail a été l'occasion d'une discussion importante dans le sein de la Société de chirurgie. En 1865, la même question ayant été de nouveau soulevée, l'auteur a prononcé un long discours dans lequel il a jugé les diverses indications de l'uréthrotomie.

Le premier, il a proposé d'appliquer l'opération à la cure de la rétention d'urine qui est provoquée par la présence d'un rétrécissement infranchissable. Dix observations propres à l'auteur lui ont permis de démontrer que, dans ces cas spéciaux, l'uréthrotomie pouvait avantageusement être substituée à la ponction vésicale.

XVIII

Deux cas d'ectropion cicatriciel guéris par des opérations autoplastiques. Les malades ont été présentés à la Société de chirurgie.

(Voy. *Bull. Soc. chirurg.*, 1863 et 1865.)

XIX

De l'iridectomie.

(Voy. *Bull. Soc. chirurg.*, 1864.)

L'auteur s'attache à démontrer dans ce travail que c'est à tort, suivant lui, qu'on veut généraliser l'excision de l'iris. Lorsqu'il s'agit de ces irido-choroïdites à marche suraigüe, affections d'ailleurs rares, l'auteur pense que la méthode antiphlogistique suffit le plus souvent ; en cas d'insuccès, il donne encore la préférence à des opérations beaucoup plus inoffensives, telles que les ponctions successives de la cornée et l'opération d'Hancock. Quant aux affections chroniques auxquelles on a donné le nom de glaucomes, il n'y a pas lieu, suivant l'auteur, de les traiter par l'iridectomie; l'opération ne rend point la vue, et il reste à démontrer que l'excision de l'iris met fin à ces maladies terribles qui détruisent la vision. En dehors de toute opération, on voit survenir des temps d'arrêt dans les affections glaucomateuses dont la marche est essentiellement lente.

XX

Sur un nouveau signe des fractures de la base du crâne.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1862.)

L'auteur appelle l'attention des chirurgiens sur un nouveau signe des fractures du crâne ; il cite plusieurs observations dans lesquelles les fractures de la base se sont accompagnées de dysphagie en même temps que d'une ecchymose siégeant à la paroi postérieure du pharynx.

XXI

Sur une variété d'arthrite.

(*Bull. Soc. chir.*, 1861.)

Dans un mémoire, l'auteur a démontré l'existence de certaines arthropathies dans lesquelles on trouve de vastes épanchements de synovie en même temps que les lésions de l'arthrite sèche. L'auteur insiste sur la nécessité de distinguer cette espèce d'arthrite eu égard au pronostic et au traitement de cette affection grave.

XXII

Rapports :

1° Sur un mémoire ayant pour titre : *De la cystocèle compliquée de calculs et de son histoire.* (*Soc. de chirurg.*, 1864.)

2° *Sur la maladie kystique du testicule* (*Soc. de chirurg.*, 1865.)

3° *Sur la propagation au péritoine de l'inflammation à la suite de l'adénite inguinale.* (*Soc. chirurg.*, 1865.)

4° *De l'ossification des enchondromes à propos d'un travail sur une tumeur de la cuisse.* (*Bull. Soc. anatom.*, 1862.)

5° *Sur l'érosion chancreuse non indurée.* (*Bull. Soc. chir.*, 1867.)

6° *Sur un cas de kyste hydatique du foie traité par les injections de bile.* (*Bull. Soc. anat.*, 1857.)

7° *Sur un cas d'empoisonnement par le sublimé.* (*Bull. Soc. anatom.*, 1858.)

8° *Sur une tumeur de la parotide, classification des tumeurs de cette région, conséquences cliniques et opératoires.* (*Bull. Soc. anat.*, 1860.)

9° *Sur un fait de hernie étranglée.* (*Bull. Soc. anat.*, 1860.)

10° *Sur les exostoses de l'orbite.* (*Bull. Soc. anat.*, 1858.)

11° *Sur les exostoses sous-unguéales.* (*Bull. Soc. anat.*, 1861.)

12° *Sur un fait de décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.* (*Bull. Soc. chirurg.*, 1866.)

XXIII

Observation de polypes fibro-muqueux des fosses nasales et de tous les sinus de la face.

(*Bull. Soc. chirurg.*, 1862.)

XXIV

Sur le traitement des polypes nasaux et naso-pharyngiens.

(*Soc. chirurg.*, 1866.)

XXV

Diverses communications sur l'opération de la taille.

(*Soc. chirurg.*, 1863.)

XXVI

Observation d'une fistule vésico-vaginale guérie sans opération.

(*Soc. chirurg.*, 1862.)

XXVII

Observation d'un décollement de l'épiphyse inférieure du radius des deux côtés suivie de remarques sur le diagnostic et le traitement de cette variété de blessure.

(*Soc. chirurg.*, 1865, avec le docteur Leroux.)

XXVIII

De l'inutilité d'administrer le sulfate de quinine dans les opérations sur les voies urinaires.

(*Bull. Soc. anat.*, 1860, et *Clin. chirurg.*, 1866.)

XXIX

De l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.

(Thèse du docteur Fumouze, 1865.)

Frappé de l'oubli injuste dans lequel se trouvait le procédé d'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum que l'on doit à M. Denonvilliers, l'auteur a confié à l'un de ses élèves le soin de décrire exactement cette opération, de comparer le procédé avec ceux que l'on trouve décrits dans les auteurs classiques; enfin il a fourni des observations empruntées à sa pratique, observations qui démontrent combien le procédé de M. Denonvilliers est à la fois simple dans son exécution et radical dans son résultat.

XXX

Traité pratique de la pierre dans la vessie.

(In-8°. 1864.)

Ce livre est principalement destiné à la thérapeutique des calculs de la vessie; cependant le diagnostic de la pierre fait l'objet d'un long chapitre ayant pour titre : *De l'exploration méthodique de l'appareil urinaire.* A ce sujet, l'auteur examine la question de l'influence du chloroforme sur les contractions de la vessie. Il démontre que lorsque l'anesthésie est obtenue dans les limites de la prudence, la contractilité vésicale persiste encore.

Les différentes méthodes pour guérir les calculeux sont successivement examinées.

La lithotritie, qui était restée longtemps dans le domaine de la spécialité, est l'objet d'une étude approfondie, car l'auteur s'est proposé de vulgariser cette opération en la faisant mieux connaître; aussi a-t-il décrit les divers instruments et la manière de procéder régulièrement au broiement de la pierre.

Des instruments d'un volume variable sont indispensables pour mener l'opération à bonne fin, aussi l'auteur a-t-il cru nécessaire de calculer les dimensions de chacun des brise-pierres pour en constituer une série graduée.

Il est facile de se convaincre, en lisant ce chapitre, que l'auteur n'accepte pas la lithotritie compliquée, mais qu'il réserve le broiement pour les seuls cas où l'opération peut s'exécuter simplement, avec de petits instruments, sans le secours d'aucune machine; la lithotritie à main, comme le disait Heurteloup.

Parmi les accidents qui peuvent accompagner la lithotritie, il en est un qui a été désigné sous le nom de fièvre uréthrale; l'auteur a rangé

cet accident dans la grande classe des phénomènes réflexes : l'irritation provoquée par les manœuvres se transmet à la moelle épinière qui réagit sur le rein, celui-ci cesse de fonctionner, et alors survient l'urémie et les accidents qui en sont la conséquence.

Je mentionnerai encore le chapitre intitulé : *Pratique de la lithotritie en général,* et celui qui concerne la lithotritie chez les enfants.

L'opération de la taille est longuement étudiée, les différents procédés de la cystotomie sont comparés entre eux, et l'auteur arrive à conclure que la taille médiane doit mériter la préférence.

Dans le chapitre consacré aux accidents consécutifs à l'opération de la taille, on trouve un article qui traite d'un sujet peu connu : il s'agit de l'expulsion hors de la vessie de lambeaux membraneux, le plus souvent incrustés de sels calcaires.

La partie capitale du traité, celle qui est vraiment personnelle à l'auteur, se rattache à une opération nouvelle désignée sous le nom de lithotritie périnéale. Ce chapitre renferme d'abord des considérations préliminaires et historiques. On démontre que de toute antiquité les chirurgiens ont essayé le morcellement de la pierre immédiatement après l'opération de la taille, que celle-ci eût été faite par incision ou par dilatation (lisez *déchirure*). L'auteur a pensé qu'on pouvait réaliser l'idée ancienne en utilisant, d'une part les données exactes de l'anatomie du périnée, d'autre part les différents perfectionnements apportés dans la fabrication des instruments.

L'auteur propose de faire une petite ouverture périnéale, de ponctionner l'urèthre en arrière du bulbe et sans intéresser cet organe, de dilater la plaie ainsi que le col de la vessie, enfin de broyer la pierre et de faire l'extraction des nombreux fragments. En agissant ainsi, on évite sûrement l'hémorrhagie et l'on éloigne une cause fréquente de l'infection purulente, la section des veines péri-prostatiques.

Pour ériger la lithotritie périnéale en méthode, l'auteur a dû faire des expériences et des recherches cadavériques, le tout ayant pour but de démontrer : 1° qu'on peut ouvrir la région membraneuse de l'urè-

thre sans léser le bulbe ; 2° qu'on peut dilater le col de la vessie sans déchirure, jusqu'à donner à cet organe une ouverture de 2 centimètres de diamètre.

L'auteur résume sa pratique pour le traitement des calculeux dans les propositions suivantes : 1° lorsque la pierre est constatée, il faut autant que possible appliquer la lithotritie, mais sans sortir des limites marquées par la prudence et par l'expérience clinique.

2° Lorsque la lithotritie n'est pas possible, il faut débarrasser le malade par la lithotritie périnéale, si toutefois la pierre ne mesure pas plus de 5 à 6 centimètres de diamètre.

3° Lorsque la pierre est très-grosse en même temps que dure, il faut pratiquer la taille prérectale, mais avoir soin de faciliter l'extraction en morcelant au préalable le calcul au moyen d'une petite tenette casse-pierre.

4° Lorsque la pierre est énorme, remplit la vessie, il vaut mieux s'abstenir.

La lithotritie périnéale en tant qu'opération nouvelle a été honorée d'une récompense par la Faculté de médecine (1863). Depuis cette époque, l'opération a été pratiquée sur dix-huit malades âgés de dix-sept ans à soixante-douze ans, et elle a donné dix-huit guérisons.

XXXI

Mémoire sur les exostoses du sinus frontal.

(Lu à l'Académie de médecine, septembre 1866.)

Dans ce travail, l'auteur a eu pour but de réunir dans un même groupe pathologique toutes les tumeurs décrites par les chirurgiens sous le nom d'exostoses des sinus, d'exostoses des fosses nasales, d'exostoses de l'ethmoïde, etc.

L'auteur a démontré que toutes ces productions osseuses sont for-

mées aux dépens du périoste fibro-muqueux qui tapisse les différentes cavités de la face. Toutes ces exostoses étant indépendantes du squelette, finissent par s'isoler tout en refoulant les parois des cavités qui les contiennent. — Ces tumeurs peuvent être facilement extirpées, pourvu toutefois qu'on ouvre une large voie préliminaire.

Ces considérations générales, mises en pratique dans un cas particulier, ont permis à l'auteur d'enlever, avec succès, une exostose du sinus frontal. Ce mémoire renferme la description et le dessin des quelques cas connus d'exostoses du sinus frontal.

XXXII

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant l'année scolaire (1865-1866).

(In-8°. 1866.)

Les principales leçons qui ont fait l'objet de l'enseignement clinique ont été groupées de manière à constituer les différents chapitres d'un livre. Ces leçons traitent :

1° Des maladies des yeux.
2° Des maladies du crâne et de la colonne vertébrale.
3° Des maladies chirurgicales du tube digestif.
4° Des tumeurs de l'abdomen.
5° Des maladies des organes urinaires.
6° Des maladies des organes génitaux de la femme.
7° Des maladies des membres.

XXXIII

Mémoire sur la réduction des luxations de la cuisse.

(Lu à l'Académie de médec., 1868.)

L'auteur pose en principe que la contraction musculaire pouvant être supprimée par l'anesthésie, la réduction de toutes les luxations devient une question d'habileté de la part des chirurgiens. Dans l'immense majorité des cas, les procédés de douceur doivent faire place à ceux qui nécessitent l'emploi d'une force considérable.

De ces considérations générales, l'auteur passe à l'application clinique; les luxations de la cuisse sont l'objet d'une étude particulière. Onze observations, toutes personnelles à l'auteur, servent de base à ce travail où l'on démontre que les luxations de la cuisse, quelle qu'en soit d'ailleurs l'espèce ou la variété, peuvent être réduites par la flexion combinée à la rotation du membre. C'est une manœuvre simple qu'exécute le chirurgien à lui tout seul, et qui nécessite plus d'adresse que de force.

L'auteur compte encore au nombre de ses titres scientifiques :

1° La publication dans les journaux de leçons faites par le professeur Nélaton (1853).

2° Le compte rendu de la clinique chirurgicale du professeur Velpeau. (*Gaz. des hôp.*, 1855.)

3° L'article Aisselle (pathologie chirurgicale) dans le *Nouveau Dictionnaire encyclopédique*.

4° Le compte rendu des travaux de la Société de chirurgie et la rédaction de ses Bulletins pendant l'année 1867.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.